



Nombre (Apellido, Nombre, S.N.): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: H M Seguro Social #: \_\_\_\_\_

La siguiente informacion ahora es requerido por el soporte de archivos electronicos y de ninguna manera sera utilizado para discriminacion.

Senale la caja en cual prefiere ser contactado:

Email: \_\_\_\_\_  Trabajo: \_\_\_\_\_

Telefono de casa: \_\_\_\_\_  Cell: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Apt #: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Seguro Primario: \_\_\_\_\_

Seguro Secundario: \_\_\_\_\_

Nombre de Farmacia: \_\_\_\_\_

Telefono de Farmacia: \_\_\_\_\_

Direccion de Farmacia: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Origen Etnico:

No-Hispano

Hispano

Idioma de Preferencia:

Ingles

Espanol

Otro: \_\_\_\_\_

Raza:

Africano

Asiatico

Blanco

Americano Nativo

Islenos Pacifico

Otro: \_\_\_\_\_

Doctor de Cabejera:

\_\_\_\_\_  
Ultima Fecha de Cita:

\_\_\_\_\_  
Referido por:

CIRUGIAS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

HOSPITALIZACIONES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

HERIDAS/TRAUMAS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

HISTORIA FAMILIAR:  Diabetis  Hipertension Arterial  Problemas de Corason  Cancer

Otro: \_\_\_\_\_

FIRM DE PACIENTE: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_



Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Talla de Zapato: \_\_\_\_\_ Esta Embarazada?: \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Casado(a)  Soltero(a)  Divorciado(a)  Separado(a)  Viudo(a)

Situacion en que vive:  Solo(a)  Con Familia/Amigos  Residencia de personas mayores/ Rehab

Usted Usa?:  Alcohol  Tabaco  Drogas Ilicitas Ocupacion: \_\_\_\_\_

Usted actualmente fuma?  Yes  No Paquetes al dia?: \_\_\_\_\_ Anos?: \_\_\_\_\_

Si no, Alguna ves a fumado?  Yes  No Cuando dejo de fumar?: \_\_\_\_\_

**CONDICIONES MEDICAS PREVIAS:**

- Ningun problema medico conosido
- Diabetes  Otro: \_\_\_\_\_
- Hipertension arterial \_\_\_\_\_
- Circulacion pobre \_\_\_\_\_
- Problemas de corazon \_\_\_\_\_
- Problemas de rinon \_\_\_\_\_
- Problemas de higado \_\_\_\_\_
- Gota \_\_\_\_\_
- Ataque al corazon \_\_\_\_\_
- Derame Cerebral \_\_\_\_\_
- SIDA \_\_\_\_\_
- Hepatitis \_\_\_\_\_
- Ulcera de estomago \_\_\_\_\_

**MEDICINAS: Dosis / Cuantas Veces**

- No tomo ningunas medicinas
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**ALERGIAS A MEDICAMENTOS:**

- No soy alergico(a) a cualquier medicamento que yo sepa
- Yodo (IV)  Penicillina  Aspirina  Anestesia / Novocaina
- Codeina  Sulfato  Cortisona  Adhesivo / Cinta en piel
- OTRO: \_\_\_\_\_

Explique en detalle que le sucede cuando es expuestoa los medicamentos de arriba cuando esta espuesto:

Primer dia que ocurrio: \_\_\_\_\_

FIRM DE PACIENTE: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_